

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924. — N° 31

TRAITEMENT DU CANCER PRIMITIF DE LA PAROI POSTÉRIEURE DU VAGIN

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 14 décembre 1923

PAR

Jean-Robert-Louis CARLIER

Né à Maresches (Nord), le 9 Avril 1898

Examineurs de la Thèse	{	MM. BÉGOUIN, professeur.....	{	Président
		PRINCETEAU, professeur.....		Juges
		ANDÉRODIAS, agrégé.....		
		PAPIN, agrégé.....		

BORDEAUX

IMPRIMERIE A. SAUGNAC & E. DROUILLARD

3, Place de la Victoire, 3

1923

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 - N° 31

TRAITEMENT DU CANCER PRIMITIF DE LA PAROI POSTÉRIEURE DU VAGIN

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 14 décembre 1923

PAR

Jean-Robert-Louis CARLIER

Né à Maresches (Nord), le 9 Avril 1898

Examineurs de la Thèse

{	MM. BÉGOUIN, professeur	Président.
	PRINCETEAU, professeur.....	Juges
	ANDÉRODIAS, agrégé.....	
	PAPIN, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE A. SAUGNAC & E. DROUILLARD

3, Place de la Victoire, 3

1923

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS, *doyen*.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON.

PROFESSEURS :

MM.		MM.
Clinique médicale	VERGER.	Clinique ophtalmologique... LAGRANGE.
	CASSAET.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie..... DENUCÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique gynécologique..... BÉGOUIN.
	VILLAR.	Clinique médicale des maladies des enfants..... MOUSSOUS.
Pathologie et thérapeutique générales....	CRUCHET.	Chimie biologique et médicale..... DENIGES.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.	Physique pharmaceutique... SIGALAS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	SABRAZES.	Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques. LE DANTEC.
Anatomie.....	PICQUÉ.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..... W. DUBREUILH.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Pathologie externe et chirurgie opératoire et expérimentale..... GUYOT.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies nerveuses et mentales. ABADIE.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie..... MOURE.
Médecine légale et déontologie	N...	Toxicologie et hygiène appliquée..... BARTHE.
Physique biologique et clinique d'électricité médicale.	BERGONIE.	Hydrologie thérapeutique et Climatologie..... SELIER.
Chimie.....	CHELLE.	
Botanique et matière médicale	BEILLE.	
Pharmacie.....	DUPOUY.	
Zoologie et parasitologie....	MANDOUL.	
Médecine expérimentale	FERRÉ.	

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie).

CARLES (Thérapeutique et pharmacologie). — PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.		MM.
Anatomie et embryologie... VILLEMEN.		CREYX.
Histologie..... LACOSTE.	Médecine générale.....	MICHELEAU.
Physiologie..... DELAUNAY.	Maladies mentales.....	BONNIN.
Anatomie pathologique..... MURATET.	Médecine légale.....	PERRENS.
		LANDE.
Parasitologie et sciences naturelles.....		ROCHER.
		DUVERGEY.
Physique biologique et médicale.....	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Chimie biologique et médicale.....		PERY.
	Obstétrique.....	FAUGÈRE.
Médecine générale.....	Ophtalmologie.....	TEULIÈRES.
	Pharmacie.....	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.		MM.
Clinique dentaire..... CAVALIÉ.	Démonstrations et préparations pharmaceut... LABAT.	
Médecine opératoire..... N...	Chimie.....	N...
Accouchements..... PÉRY.	Pathologie interne.....	N...
Ophtalmologie..... CABANNES.	Chimie analytique.....	N...
Puériculture..... ANDÉRODIAS.	Hygiène appliquée.....	N...
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes		ROCHER.
Cours complémentaire annexe. - Prothèse et rééducation professionnelle...		GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MES FRÈRES — A MES SŒURS

A MES PARENTS ET AMIS

A MON AMI A. CAUCHY

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

A MES MAÎTRES DE LA MARINE
ÉCOLE ANNEXE DE BREST
ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
ET DES COLONIES

A MES CAMARADES
DE L'ÉCOLE DE SANTÉ NAVALE

A MES AMIS
COLÉNO, GALIACY, HUARD, MONTAGNÉ ET VARNEAU

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BARTHÉLÉMY

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE

DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE ET DES COLONIES

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MONSIEUR LE MÉDECIN PRINCIPAL BROCHET

SOUS-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE

DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE ET DES COLONIES

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE DOCTEUR LAFARGUE

CHEF DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR BÉGOUIN

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER

Traitement Chirurgical.

Si le cancer du vagin est rare, il est remarquable par sa malignité. Très souvent les interventions chirurgicales n'ont abouti qu'à des échecs. Exceptionnels sont les cas qui n'ont pas été suivis de récidives précoces se produisant avec une régularité réellement désespérante. Sans doute faut-il chercher dans l'insuffisance des exérèses la raison de ces insuccès. Mais la grande malignité de l'épithélioma vaginal trouve son explication dans les dispositions anatomiques mêmes du vagin. La structure particulière des parois vaginales, leurs rapports de voisinage, les connexions de leur circulation lymphatique, tout concourt à favoriser la diffusion précoce du néoplasme.

La paroi vaginale propre n'est guère épaisse, trois millimètres tout au plus. Elle se réduit à la muqueuse tapissée d'une fine toile celluleuse que doublent quelques faisceaux épars de fibres musculaires lisses. Aussi le cancer a-t-il tôt fait de franchir cette faible barrière pour se porter directement sur les parois des cavités immédiatement sous-jacentes, le rectum, la vessie ou l'urètre. La propagation de proche en proche marche surtout très vite dans le tissu conjonctif lâche de la sous-muqueuse et même, dans le cas de tumeur très limitée, on trouve presque régulièrement, sous la muqueuse intacte, des traînées de cellules cancéreuses s'étendant à de grandes distances du foyer

primitif (Krönig). Cette propagation par infiltration progressive n'est cependant rien à côté de la diffusion bien plus rapide qui se fait par les voies lymphatiques. Celles-ci, de par leurs dispositions mêmes, se prêtent admirablement à la prompte dissémination des éléments cancéreux. Poirier, Charpy et Mareille les ont minutieusement étudiées.

Ces lymphatiques naissent de la tunique musculaire et de la muqueuse. Ils communiquent très largement avec ceux du col utérin en haut, de la vulve en bas, du rectum en arrière. Au contraire, les appareils lymphatiques du vagin et de la vessie paraissent complètement indépendants.

Les troncs efférents se distinguent en supérieurs, moyens et inférieurs.

1° Ceux issus de la partie supérieure du vagin, collectés de chaque côté en trois troncs, s'unissent à ceux du col utérin au niveau de l'utérine et, accompagnant cette artère et ses veines, passent par la base du ligament large pour se rendre au groupe supérieur de la chaîne ganglionnaire hypogastrique, situé au sommet de l'angle formé par les vaisseaux iliaques interne et externe.

2° Ceux du tiers moyen donnent naissance de chaque côté à deux vaisseaux qui suivent le trajet de l'artère vaginale et aboutissent aux ganglions hypogastriques inférieurs. Au niveau de chaque bord du vagin, de la paroi postérieure partent encore deux autres troncs qui vont à un ou deux ganglions situés de chaque côté du rectum à peu près au point où l'artère hémorroïdale moyenne se détache de l'hypogastrique. Enfin, deux à quatre autres troncs moins volumineux sortent également de la paroi postérieure, s'engagent plus ou moins sur les côtés de la cloison recto-vaginale pour se terminer dans les ganglions ano-rectaux et par leur intermédiaire dans les ganglions hémorroïdaux supérieurs et méso-rectaux.

3° Ceux du tiers inférieur se confondent avec le réseau vulvaire et aboutissent avec lui aux ganglions inguinaux.

De plus, à ce niveau il existe presque toujours quelques petits ganglions dans l'épaisseur même de la cloison recto-vaginale.

Ces connexions expliquent pourquoi, même dès le début, alors que la tumeur n'a aucune adhérence, qu'il n'y a aucun retentissement ganglionnaire, pour avoir des chances réelles d'enlever la totalité du mal et se mettre à l'abri de récidives, il faut faire de très larges exérèses et toujours aller à une étape au delà du mal apparent : La nécessité s'impose d'enlever les ganglions même s'ils paraissent sains. Qui sait, en effet, s'ils ne contiennent pas déjà quelques cellules qui proliféreront ultérieurement ? — Le tissu cellulaire dans lequel cheminent les lymphatiques qui ont pu conduire les cellules néoplasiques aux ganglions est également suspect : son ablation est justifiée. Enfin, il n'est pas jusqu'aux organes voisins — rectum et utérus — dont l'extirpation ne s'impose, car plus ou moins vite après une opération trop parcimonieuse ne seront-ils pas le siège d'une récidive ?

Il s'en faut de beaucoup que ces principes généraux de la chirurgie du cancer aient toujours été suivis.

I. — CANCER BAS SITUÉ SUR LA PAROI POSTÉRIEURE ET LIMITÉ.

L'intervention la plus simple est l'excision de Hégar et Kaltenbach qui emprunte la voie vaginale. Au travers de la vulve, agrandie au besoin par deux incisions libératrices latérales, on circonscrit la tumeur par une incision dépassant largement la région néoplasique, et tracée, autant que possible, en tissu sain.

Exceptionnels sont les cas restés guéris à la suite de pareilles opérations économiques. D'après Pichevin, la proportion de récidive précoce est de 100 %. Martin dit : « Toutes mes malades ont succombé à la récidive, quoique

je sois absolument certain que mes incisions empiétaient sur les parties saines. » Ces « parties saines » ne l'étaient qu'en apparence, Krönig ayant démontré que, même dans le cas de tumeur très limitée, il existe pour ainsi dire toujours, sous la muqueuse intacte, des traînées et des îlots de cellules cancéreuses s'étendant fort loin du noyau initial.

Devant de tels échecs, les chirurgiens ont étendu la portée de leurs interventions. Olshausen, en 1895, appliqua à l'extirpation du vagin la périnéotomie préconisée, en 1889, par Zucherbandl pour l'extirpation de l'utérus. Après incision transversale du périné, la paroi vaginale est décollée de la paroi rectale. Le décollement est poussé jusqu'au cul-de-sac de Douglas. Remarquons combien doit être délicat le clivage d'une paroi recto-vaginale néoplasique. La libération étant complète, on fait saillir la tumeur à l'intérieur du vagin et on l'enlève en empiétant largement sur les tissus sains. Si le col de l'utérus est infiltré, on effondre le cul-de-sac, l'utérus est renversé en arrière dans l'espace situé entre le vagin et le rectum, on sectionne les ligaments larges en les liant au fur et à mesure et en allant des trompes vers le col. L'hystérectomie est achevée par le décollement de l'utérus et de la vessie.

Cette opération a sur la précédente l'avantage de permettre l'extirpation en bloc de l'utérus et la plus grande facilité de réséquer les parties malades. Les résultats cependant ne sont guère meilleurs. Olshausen ayant opéré par ce procédé 16 malades constata chez 15 d'entre elles une récurrence rapide. Une seule n'en présentait pas au bout d'un an. Ces récurrences ont lieu comme on pouvait le prévoir soit du côté des ganglions hypogastriques, soit du côté des paramètres laissés intacts lors de l'intervention.

II. — CANCER DE LA PARTIE SUPÉRIEURE DU VAGIN AVEC PROPAGATION AU COL.

Dans les méthodes précédemment décrites, l'étendue des excisions est surtout en surface, l'excision en profondeur reste insuffisante. Pour enlever les ganglions malades, faire des exérèses larges et suffisantes dans le tissu cellulaire et extirper dans sa continuité l'arbre général tout entier, MM. Imbert et Piéri, en 1905, ont songé à une intervention combinée : une colpo-hystérectomie périnéo-abdominale. C'est l'extension au cancer primitif du vagin de l'intervention pratiquée pour les cancers du col : l'hystérectomie abdominale totale avec exérèse d'une collerette vaginale plus ou moins étendue. Ces auteurs, dans une communication faite à la Société de chirurgie de Paris, en novembre 1905, règlent les différents temps de l'opération de la façon suivante :

« 1° *Temps vaginal*. — Il comporte la dissection d'une collerette de muqueuse vaginale à partir de l'orifice vulvaire sur une étendue de trois centimètres environ. Cela fait, une première suture en bourse ferme le manchon disséqué, un deuxième plan accole les surfaces cruentées et oblitère la vulve supprimant dès ce moment toute risque d'infection basse pour le temps abdominal.

» 2° *Temps abdominal*. — Laparatomie. Section des ligaments larges comme dans l'hystérectomie abdominale. Ligature des deux hypogastriques pour éviter l'hémorragie que produira plus tard la section du pédicule vaginal. Cette double ligature effectuée, on dissèque des lambeaux péritonéaux comme dans l'hystérectomie et on décolle très largement en avant et en arrière en s'aidant d'une compresse. Les deux pédicules vaginaux sont sectionnés et, en complétant le décollement, on arrive sans trop de difficultés au point où s'était arrêtée la dissection vaginale. On enlève alors en bloc l'utérus et le vagin à l'état de cavité close. La

restauration du plancher pelvien se fait par le procédé ordinaire. »

MM. Mazet et Martin et le professeur J.-L. Faure ont opéré suivant ce procédé. Les malades ont été perdues de vue.

M. le Professeur Pollosson estime que la voie à suivre dépend du siège du néoplasme. « Lorsqu'il siègera au tiers supérieur, on emploiera la méthode abdominale. Pour un néoplasme du tiers moyen, s'il est limité et mobile, on emploiera encore la méthode abdominale pure, mais s'il est fixé, on se servira de la voie abdomino-périnéale. A plus forte raison, s'il siège au tiers inférieur, c'est la voie abdomino-périnéale qui est recommandée. »

Chez les malades qui ont survécu à cette opération grave, les suites immédiates ont été excellentes. Cependant, quoique l'extirpation utéro-vaginale totale constitue une intervention fort étendue, les résultats éloignés sont encore loin d'être satisfaisants. Les trois malades opérées par M. le Professeur Pollosson par voie abdominale ont récidivé au bout d'un an, deux fois dans la cloison recto-vaginale. La troisième malade présentait un noyau cancéreux sous-muqueux près de la vulve ainsi qu'une ulcération sur la cicatrice.

Rares sont les cités comme guéris par de Beule : Krönig (5 ans), Veit (3 ans et 7 mois), Brösc (2 ans $\frac{1}{2}$).

Presque toujours la récurrence survient d'abord dans la cicatrice opératoire même, ensuite dans le rectum, fait peu surprenant vu la faible épaisseur de la cloison recto-vaginale, 7 à 8 millimètres.

III. — CANCERS ÉTENDUS ET INFILTRÉS.

Après toutes ces récurrences, l'idée d'enlever le rectum en même temps que le vagin et la matrice s'est présentée à l'esprit des chirurgiens qui de plus en plus ont tendu à substituer ces larges exérèses à l'ancienne périnéotomie de

Olshausen. Pour qu'en effet l'opération dirigée contre le cancer du vagin soit radicale, il faut enlever en même temps le vagin, l'utérus et le rectum, c'est-à-dire, tous les organes voisins ayant un système lymphatique étroitement uni.

Legueu, Lauenstein, Wertheim, Von Herff et de Beule ont commencé par extirper la paroi rectale immédiatement sous-jacente à la muqueuse vaginale. D'autres sont allés plus loin encore et ont systématiquement pratiqué la résection complète du rectum, soit par voie périnéale ou basse, comme l'ont fait Zweifel, Kleinhaus, Von Meyer et Paunz, soit avec résection du sacrum, technique suivie par Dandois, de Beule et Poszonyi, soit enfin par voie mixte abdomino-périnéale. C'est à ce dernier procédé qu'ont eu recours Pryor, Himmelfarb, Paunz, Giesecke, et MM. les Professeurs J.-L. Faure et Bégouin.

De Beule ayant à opérer en août 1908 une tumeur située à la face postérieure du vagin, immédiatement au-dessus de l'anneau vulvaire, ulcère cratériforme grand comme une pièce de cinq francs, à pourtour largement induré, avec infiltration de la paroi antérieure du rectum et adénopathie inguinale bilatérale, fit d'abord un curage des régions inguinales. Puis, grande incision en raquette, partant de la symphyse sacro-iliaque gauche pour se bifurquer à la pointe du coccyx et circonscrire en même temps l'anus et l'entrée vaginale. Dissection des lèvres de l'incision et fermeture en bourse des ouvertures anale et vulvaire. Résection du coccyx et du tiers inférieur du sacrum. Libération du rectum tout en haut; ouverture du péritoine; section du méso-rectum et abaissement de l'anse iliaque. Ensuite fermeture de la brèche péritonéale par suture et à l'aide du thermo-cautère, section transversale entre deux champs.. Le bout supérieur, enveloppé d'une compresse, est mis de côté. Le tronçon inférieur abaissé, le vagin se laisse sans peine dégager à droite et à gauche. Il est sectionné entre deux champs, posés au ras du col utérin; le

décollement de la paroi vaginale antérieure d'avec la vessie et l'urètre s'achève alors facilement de haut en bas. Fixation du rectum, préalablement tordu sur son axe, dans l'angle supérieur de la plaie sacrée; matrice abaissée et suturée par sa collerette vaginale dans l'angle antérieur de la brèche périnéale. Celle-ci est rétrécie en grande partie par des points de suture perdus et, pour le reste, convenablement tamponnée.

La même année, le professeur Daudois et en 1913, Poszonyi, employèrent une technique identique.

Pryor, après avoir isolé la matrice et le vagin suivant la méthode de Wertheim, pour l'opération de cancer utérin, respecta la continuité de l'intestin et créa un anus périnéal.

Himmelfarb opéra, le 17 novembre 1903, par voie abdomino-périnéale. Il décrit ainsi son procédé :

« Position de Trendelenburg très prononcée. Laparotomie médiane. Ligature des deux hypogastriques juste au-dessous de la bifurcation de l'iliaque primitive. L'S iliaque est libéré, ligaturé et sectionné au thermocautère. Dans la région iliaque gauche, au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure, à travers une petite incision de la paroi, habituelle pour l'anus contre nature, le bout supérieur de l'S iliaque est sorti fermé par la ligature et fixé par quelques points au péritoine et à la paroi. On pratique ensuite l'extirpation de l'utérus par le procédé de Wertheim. Sans inciser le péritoine du cul-de-sac de Douglas, et ne décollant pas la paroi postérieure du vagin du rectum, on aborde l'extirpation du rectum par en haut. Après avoir lié l'hémorroïdale supérieure, on décolle le rectum d'abord en arrière du sacrum et ensuite simultanément avec le vagin latéralement jusqu'aux releveurs de l'anus. A ce moment, l'utérus, le vagin et le rectum décollés pendent librement. On les repousse en bas dans la cavité du bassin vers le périnée. Réunion dans un surjet du péritoine pelvien. Fermeture de la paroi abdominale par des sutures à trois étages. Cette partie de l'opération a duré 85 minutes.

» On met la malade dans la position de la taille pour exécuter l'acte périnéal de l'opération. L'orifice anal est cautérisé au thermocautère et complètement fermé par une suture en bourse. Incision elliptique passant au-dessous de l'urètre qui embrasse l'entrée du vagin et la région anale. Tirant en avant le vagin et le rectum, on les décolle peu à peu jusqu'au releveur de l'anus. Les releveurs de l'anus sont coupés latéralement et en arrière. Après quoi le rectum, le vagin et l'utérus sont attirés ensemble et l'énorme cavité du bassin vide apparaît fermée en haut par le péritoine. La plaie périnéale s'étendant du coccyx jusqu'à l'urètre est diminuée par quelques points et la cavité du bassin remplie de gaze aseptique. Cette partie de l'opération a duré 30 minutes.

» Au bout de trois jours, quand le ballonnement du ventre et les nausées sont apparues, le bout supérieur de l'S iliaque fixé à la région iliaque a été ouvert avec le thermocautère. Cette ouverture tardive a été faite pour empêcher la souillure de la plaie par les matières fécales. »

En novembre 1921, Philipowitz a suivi une technique analogue. Cependant, il a réséqué le coccyx, conservé la paroi antérieure du vagin et suturé le bout central du rectum réséqué au canal anal conservé intact avec son sphincter.

M. le Professeur Bégouin a pratiqué en juillet 1922 l'extirpation en bloc de l'appareil génital et du rectum par voie combinée abdomino-périnéale.

Dans le premier temps abdominal, après création d'un anus iliaque avec le bout supérieur de l'anse sigmoïde sectionnée, il fit une hystérectomie totale. Section du mésosigmoïde puis ligature de l'artère hémorroïdale supérieure. Le rectum fut libéré dans toute la concavité sacrée aussi profondément que possible. Cette manœuvre fut difficile à cause de la profondeur. Péritonisation. Hémostase déli-

cate. Durée : 1 heure $\frac{3}{4}$. Dans le second temps périnéal, le vagin fut réséqué sauf le quart antérieur de la paroi supérieure. Mikulicz.

La durée totale de l'opération fut de 2 heures $\frac{1}{2}$.

Comment des interventions aussi graves et aussi traumatisantes ont-elles été supportées ? La malade de Paucez mourut de péritonite le cinquième jour. Celle du professeur J.-L. Faure, succomba à la fin de l'opération, par la faute de l'anesthésiste qui, semble-t-il, lui administra trop généreusement le mélange de Schleich.

La convalescence des autres opérées fut longue. Sans doute, celle de de Beule fut sur pied au bout d'un mois. Mais il faut remarquer qu'il sutura la matrice dans l'angle antérieur de la brèche périnéale, ce qui contribua probablement beaucoup à raccourcir les suites opératoires. Il jugea, en effet, dans ce cas de cancer bas situé l'enlèvement de la matrice non indispensable. Abaissée et fixée à la peau, elle devait concourir à assurer la solidité du plancher pelvien.

L'opérée d'Himmelfarb ne se leva qu'au bout de deux mois. Cela n'est guère étonnant vu les délabrements accomplis.

La malade de M. le Professeur Bégouin fut atteinte d'une phlébite double du membre inférieur et sortit de l'hôpital, le 7 décembre 1922, soit cinq mois après l'opération. Elle présentait quelques troubles urinaires.

Une question capitale se pose. Ces larges exérèses sont-elles justifiées par des résultats à distance supérieurs à ceux des interventions limitées ? Certains chirurgiens qui les ont pratiquées se sont contentés de décrire la technique suivie et de mentionner la guérison opératoire. Bien plus intéressants sont les résultats éloignés. Le tableau suivant les indique.

AUTEURS	DURÉE DES SUITES OPÉRATOIRES	RÉCIDIVES	PAS DE RÉCIDIVE AU BOUT DE :
A. — Extirpation de l'utérus, du vagin et de la paroi antérieure du rectum.			
Leguen.....	»	»	20 ans.
Lauenstein.....	»	»	3 ans.
Wertheim.....	»	»	3 ans.
Von Hertl.....	»	»	3 ans.
De Beule.....	»	Récidive à bref délai.	»
B. — Extirpation de l'utérus, du vagin et du rectum.			
<i>a) VOIE PÉRINÉALE.</i>			
Pauze.....	»	»	18 mois.
<i>b) VOIE POSTÉRIEURE.</i>			
De Beule.....	1 mois	»	6 ans.
Philipowitz. ...	»	»	18 mois.
<i>c) VOIE ABDOMINO-PÉRINÉALE.</i>			
Pryor.....	»	Récidive à bref délai dans le tronc rectal.	»
Pryor.....	»	Récidive à bref délai dans le tronc rectal.	»
Himmelfarb. ...	2 mois	»	3 ans.
J.-L. Faure ...	Malade décédée à la fin de l'opération.	»	»
Pouze.....	Malade morte de péritonite le 5 ^e jour.	»	»
Giesecke.....	»	»	2 ans et 6 mois
Giesecke.....	»	Récidive 1 an après l'intervention.	»
Bégouin.....	5 mois	»	18 mois.

CHAPITRE II

Cancer primitif du Vagin et Radium.

Au cours de ces dernières années, une thérapeutique nouvelle a été instituée contre le cancer primitif du vagin, nous voulons parler de la radiumthérapie. Peu nombreuses sont encore les malades chez qui ce traitement a été mis en œuvre. Nous rapporterons d'abord les quelques observations que nous avons pu rassembler.

OBSERVATION I

POUEY.

Cancer primitif des parois postérieures et latérales. Applications de radium. Guérison de huit ans.

2 septembre 1914. Louise G. de D..., cinquante-cinq ans, qui a toujours eu une excellente santé jusqu'ici; la malade actuelle se plaint d'un écoulement vaginal extrêmement abondant et horriblement fétide qui a débuté il y a quatre mois. Elle n'éprouve pas de douleurs. On découvre une vaste ulcération mal odorante, recouverte de tissus d'un blanc jaunâtre sphacelés, végétants, ulcération qui occupe presque toute la surface des parois postérieures et latérales du vagin, présentant une extension de 9 centimètres de long sur 5 à 6 centimètres de large.

Examen histologique. — Plan de nombreux cordons épithéliaux. Stroma conjonctif peu développé.

Le 3 septembre, nettoyage aux ciseaux et à la curette; application immédiate de 200 milligrammes de bromure de radium filtrés par 1 demi-millimètre de platine, 1 demi-millimètre d'argent et 1 millimètre de plomb, le tout enveloppé dans seize plis de gaze stérilisée; vingt-quatre heures.

Le 7. La surface de l'ulcération de forme ovale est d'un blanc grisâtre, rugueux; elle occupe le vagin depuis le voisinage de la fourchette jusqu'à la lèvre postérieure du col utérin; elle est excavée, ne saigne pas. La muqueuse du rectum est saine, mais la paroi antérieure fait une saillie: le doigt touche dans l'épaisseur de la cloison rectovaginale une tumeur ovoïde, grosse comme un œuf de poule, assise dans une atmosphère d'infiltration diffuse. Dès ce moment, l'écoulement fétide disparaît.

Le 20 octobre, la surface de l'ulcération a diminué; cloison recto-vaginale infiltrée à une épaisseur d'environ 15 millimètres qu'on réduit à 1 centimètre après curettage. Deuxième application de bromure de radium, 100 milligrammes, même filtre, quarante-huit heures.

Le 7 novembre. Vagin rétréci; ulcération totalement cicatrisée; cloison recto-vaginale souple, peu épaisse, saine apparemment.

Sur la paroi postérieure du vagin, on sent à la limite droite de la cicatrice une surélévation grosse comme un crayon de 3 centimètres de long.

Le 17 novembre. La cicatrice est bien constituée, mais on touche, dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale, à 4 centimètres de la fourchette, un nodule dur de la grosseur d'un pois.

Le 4 décembre. Au niveau du nodule, la surface du vagin proéminente aujourd'hui a une couleur rouge vineux. Après ablation du nodule d'un coup de ciseaux, il reste une cavité qui contiendrait une fève. Ce nodule a une structure histologique identique au néoplasme initial.

Le 5 décembre. On fait une nouvelle application de 200 milligrammes de bromure de radium durant vingt-quatre heures. Vingt jours après; tout est cicatrisé; on voit au niveau du point

du vagin qu'occupait le nodule une surface nacrée de 3 centimètres de long sur un demi-centimètre de large, et au-dessous une légère excoriation.

Dès ce moment, la guérison se maintient jusqu'à ce jour-ci. Elle remonte donc à *huit ans*.

8 avril 1922. L'évolution cicatricielle a été la suivante : sur la paroi postérieure du vagin, au lieu et place du néoplasme, une cicatrice cartonnée à irrigation visible se rétracte progressivement. Sur la paroi antérieure du vagin on voit l'empreinte de troubles trophiques dus au radium. Sur des tissus sains en apparence, à ce niveau, le vagin est légèrement induré, blanc jaunâtre, sillonné de ramuscules capillaires. Le col est atrophié. Le vagin se raccourcit au détriment de sa partie profonde et aujourd'hui il est réduit à un cul-de-sac de 3 centimètres de profondeur qui contient la moitié du pouce ; ce cul-de-sac est tapissé par une muqueuse normale, sauf la sénilité.

Par le toucher rectal et l'examen bimanuel combinés on sent une cloison saine, un utérus petit, séparé du fond du cul-de-sac vaginal par un tractus moitié cordon, moitié membrane, qui correspond à une symphyse de la partie profonde du vagin. La patiente n'a présenté à aucun moment le moindre indice des conséquences habituelles de la rétention des sécrétions ; il est évident qu'elles n'existent pas à cause de l'atrophie de tout élément sécrétoire.

OBSERVATION II

POUEY.

Cancer primitif de la paroi postérieure du vagin. Applications de radium. Guérison locale. Mort des suites de métastases pelviennes probablement ganglionnaires.

J. B. de L..., soixante-six ans. Ecoulement vaginal séro-sanguin depuis un an. Néoplasme en chou-fleur qui envahit toute la paroi postérieure du vagin depuis la fourchette jusqu'au

col, dont la lèvre postérieure a disparu, la lèvre antérieure se conservant intacte.

Le 27 septembre 1915. Après curettage du chou-fleur, il reste une surface ovalaire cruentée de 8 centimètres de long et 4 centimètres de large ; le toucher rectal permet de sentir une cloison recto-vaginale souple, apparemment indemne.

Séance tenante, on place, sur la surface cruentée, un tube contenant 142 milligrammes de bromure de radium filtrés par $\frac{1}{2}$ millimètre d'argent, 1 millimètre de plomb et seize plis de gaze stérilisée; on protège la paroi vaginale antérieure et les parois latérales à l'aide d'un tamponnement à la gaze iodo-formée.

Application de vingt-quatre heures.

9 octobre. La surface cruentée a une couleur rosée dans sa partie inférieure, légèrement blanchâtre dans sa partie supérieure. Elle a bon aspect.

26 octobre. Il ne reste que des vestiges à peine appréciables de la lésion.

29 octobre. Deuxième application de bromure de radium, 200 milligrammes, filtre habituel durant vingt-quatre heures. La malade éprouve un ténesme vésical violent pendant les premières heures. Le lendemain, tout malaise avait disparu.

La malade qui habitait à l'étranger n'a pu être observée de nouveau. On put néanmoins avoir les renseignements suivants : *elle fut guérie pour tout le monde pendant près de trois ans*, après quoi elle recommença à souffrir du bas-ventre et des membres inférieurs ; ceux-ci enflent extraordinairement.

La malade s'alite et ne tarde pas à mourir.

Le médecin qui fut appelé à la traiter alors affirma que de l'ancienne lésion il ne restait rien : le vagin persistait absolument sain.

Il est vraisemblable que cette malade mourut des suites de métastases pelviennes probablement ganglionnaires.

OBSERVATION III

Docteurs Rubens DUVAL et OPPERT.

Cancer primitif du vagin guéri par le radium depuis trois ans.

M^{me} G... présentait un cancer primitif du vagin.

Examen histologique. — Epithélioma spino-cellulaire lobulé à globes épidermiques.

Le 25 octobre 1920, un dispositif radifère renfermant 43 milligrammes de radium élément fut appliqué au fond du vagin et maintenu en place pendant quatre jours (94 heures), pendant lesquels furent détruits 30 millimètres. Le 5 janvier 1921, il parut utile de faire une nouvelle application de radium. Un dispositif radifère renfermant 26 milligrammes 9 de radium élément, fut appliqué pendant cinq jours consécutifs au fond du vagin. Le nombre de millicuries détruits fut de 24.

A l'examen, on constata que le cancer vaginal avait disparu. Etat général de la malade aussi satisfaisant que possible.

La malade revue à la fin de novembre 1923 est en excellent état.

OBSERVATION IV

Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé RÉCHOU.

Cancer primitif du vagin traité par le radium. Guérison locale mais métastase.

M^{me} V..., âgée de 48 ans, présentait un épithélioma primitif de la paroi postérieure du vagin. Une application de 100 milligrammes de bromure de radium fut faite le 24 mai 1922 durant 72 heures. Le cancer vaginal disparut et l'état général se maintint bon pendant un an. En avril 1923, métastase du côté de l'ischion gauche.

OBSERVATION V

Cancer primitif du vagin traité par le radium. Echec.

M^{me} J. L..., trente-huit ans, présente, depuis douze mois environ, des pertes rouges. La radiographie du vagin faite après injection de baryte montre un rétrécissement étendu de la cavité vaginale.

Antécédents personnels. — Cette malade avait subi antérieurement une hystérectomie sub-totale. Ayant brusquement présenté de l'anurie, elle a été opérée d'urgence (néphrostomie).

Le 5 janvier 1923, l'état général étant satisfaisant, elle est amenée chez M. le Professeur Bergonié, où on lui fait une application de 25 milligrammes de radium pendant douze heures. Le résultat n'est pas encore appréciable quand a lieu la seconde application du 27 au 29 janvier 1923. Dose : 25 milligrammes.

Le 6 février 1923, séance de radiothérapie profonde de 1 heure.

Le 17 février, application de 40 milligrammes de radium pendant 50 heures.

Le 28 février et le 2 mars, séance de radiothérapie profonde de 70 minutes.

Le 7 mars, application de 30 milligrammes de radium pendant 48 heures.

Le 5 avril, nouvelle application de 25 milligrammes de radium pendant 72 heures.

Dernière application le 3 mai. Dose de 40 milligrammes pendant 96 heures.

L'état général de cette malade revue à la fin de novembre 1923 est mauvais. Amaigrissement notable. Profonde asthénie. A l'examen local, on constate l'existence d'une fistule recto-vaginale.

Le Docteur Gagey a traité par la curiethérapie, de août 1919 à février 1921, neuf cas de cancer primitif du vagin. L'impression qu'il retire de ces tentatives est *mauvaise*.

Quatre malades n'ont pu être suivies. Quatre sont mortes, une à 1 mois, une à 4 mois, une à 6 mois, la quatrième à 13 mois. Un seul cas n'a pas récidivé au bout de près de 3 ans. Malheureusement, il est peu démonstratif, le diagnostic étant incertain, l'application du radium ayant eu lieu sur une « induration suspecte ».

Il est assez difficile de tirer des conclusions fermes de l'étude de ces quelques cas. Cependant, on ne peut manquer d'être frappé de l'*insuffisance* des résultats durables. Sans doute, on note une guérison de huit ans chez une malade traitée précocement, mais presque tous les autres cas sont des *échecs* ou des succès de date encore trop récente pour pouvoir en faire état.

CHAPITRE III

OBSERVATION I

TOURNEUX.

(*Le Concours médical*, 1920, tome II, page 2181.)

Cancer primitif de la paroi postérieure du vagin.

Une jeune femme de trente-deux ans vient consulter en octobre 1912 pour métrorragies se produisant presque journellement depuis un mois environ.

Antécédents personnels. — Réglée à treize ans et très régulièrement depuis cette date. Mariée à vingt-deux ans. Deux grossesses normales. N'a jamais pour ainsi dire été malade. Il y a un mois seulement a ressenti quelques douleurs dans le vagin, douleurs accompagnées de pertes rouges.

Toucher vaginal. — Toute la partie supérieure du vagin est occupée par une tumeur volumineuse irrégulière, dure, semblant indépendante du col. Au spéculum, on reconnaît que la paroi vaginale postérieure ainsi qu'une partie du cul-de-sac est remplie par une énorme masse de tissu rougeâtre, ulcéré, saignant au moindre contact, ne dépassant pas le col.

Toucher rectal. — Le néoplasme, dans son mouvement de prolifération a infecté les parties sous-jacentes et la cloison recto-vaginale est envahie sur une grande surface.

A cause de l'envahissement du tissu cellulaire péri-vaginal, on fait seulement une opération palliative.

OBSERVATION II

ARGAUD et PIOLLET.

(*Journal de Chirurgie*, 1911, tome 44, p. 271.)

Epithélioma glandulaire primitif de la paroi postérieure du vagin. Excision. Récidive et mort un an après.

M^{me} X..., soixante-et-un ans, se plaint de douleurs profondes dans la partie droite du bassin et de pertes rosées depuis un mois ou deux.

Antécédents personnels. — Elle a toujours été bien portante, deux enfants vivants et bien portants. Ménopausée depuis une dizaine d'années.

Examen en décembre 1909. Tumeur dure, peu douloureuse au toucher, située dans la partie droite et postérieure de la paroi vaginale, à deux centimètres environ au-dessous du col utérin. La tumeur est assez mobile sur les plans profonds et le toucher ne permet de percevoir aucun prolongement. Utérus et annexes sains.

Au spéculum, on voit une petite tumeur de la grosseur d'une noix, en arrière et à droite du col, dont la sépare un intervalle de muqueuse saine. La surface de la tumeur est légèrement ulcérée dans la zone centrale.

Opération le 14 décembre 1909. Ablation de la tumeur et de la muqueuse environnante. Sutures. Guérison rapide.

Deux mois après (février 1910), la malade se plaint de douleurs dans la hanche et dans la cuisse droite à forme de sciatique.

L'examen du vagin montre l'absence de récidive locale, mais le toucher permet de sentir de volumineux ganglions durs et adhérents occupant le petit bassin. Ces ganglions évoluent progressivement, arrivent à former une masse néoplasique qui remplit le bassin et déterminent de très violentes douleurs sciatiques, d'abord à droite, puis bilatérales. Plus tard, surviennent des troubles de compression vésicale et rectale. La malade se cachectise et finit par succomber le 2 décembre 1910.

OBSERVATION III

Due à l'obligeance de M. le Professeur J.-L. FAURE
et du Docteur DOUAY.

*Cancer de la paroi postérieure du vagin. Opération limitée
par voie périnéale et radiumthérapie. Mort au bout de
onze mois.*

Madame P..., trente ans, un enfant, entre à l'hôpital Broca le 15 novembre 1920 pour petites pertes de sang en dehors des règles, survenant spécialement après les rapports sexuels. Le début remonte à six mois. Depuis quelques mois, la malade présente en outre des pertes blanches de mauvaise odeur. Aucune douleur. Amaigrissement notable.

A l'examen, on constate que le vagin est rempli par des bourgeons d'aspect néoplasique qui, à première vue, semblent provenir du col. Mais à un examen plus attentif, on reconnaît que le col est intact ainsi que le cul-de-sac postérieur. Une distance de 1 à 2 centimètres sépare le bord postérieur de la masse bourgeonnante du fond du cul-de-sac. Le bord inférieur du néoplasme est à six centimètres de la vulve. La surface végétante est placée sur la paroi postérieure et latérale gauche du vagin. Elle a les dimensions suivantes : hauteur 4 centimètres; largeur 6 centimètres; épaisseur 2 centimètres.

Au toucher rectal, la muqueuse est mobile sur la masse, mais l'infiltration néoplasique semble avoir gagné la paroi rectale.

Examen histologique fait par le Docteur Regaud : Epithélioma pavimenteux lobulé type spinocellulaire.

Dans ces conditions, le Professeur J.-L. Faure propose l'opération. Mais la malade refuse d'accepter l'anus iliaque et on intervient par la voie périnéale.

Opération le 11 décembre 1920. Anesthésie générale au mélange de Schleich.

Incision de la paroi vaginale à un centimètre au delà de l'ulcération préalablement grattée à la curette. Dissection de la tumeur qui adhère en arrière au rectum, si bien qu'on est

obligé d'enlever avec elle une portion grande comme une pièce de 2 francs de la paroi antérieure du rectum avec sa muqueuse. Surjet pour réparer la brèche rectale avec surjet d'enfouissement. Pincés à demeure et tamponnement vaginal. Suture de l'incision du débridement vulvo-périnéal. Sonde vésicale.

Suites satisfaisantes. Pincés retirés après 48 heures. Ablation du tamponnement le quatrième jour, suivie d'hémorragie assez considérable, nécessitant l'emploi de l'ergotine et un tamponnement.

Vers le dixième jour, apparition d'une fistule recto-vaginale.

Le 4 janvier 1921. Au toucher rectal et vaginal, l'orifice de la fistule a un centimètre de diamètre. Il est un peu à gauche de la ligne médiane. La surface d'excrèse n'est pas cicatrisée. Sur la partie gauche, cette surface est dure, irrégulière avec des bourgeons suspects de néoplasme.

Le 12 janvier 1921, première application de radium : 50 milligrammes de bromure de radium filtrés sur 1 millim. $\frac{1}{2}$ de platine, 2 millimètres d'argent, liège paraffiné. 10 millicuries détruits en 48 heures.

On note une amélioration légère.

Le 4 mars 1921, seconde application.

Première partie : trois tubes d'émanation filtrée sur 1 millimètre de platine, 2 millimètres de caoutchouc, liège, placés dans le cul-de-sac gauche et contre la paroi latérale gauche particulièrement indurée et bourgeonnante.

7,9 millicuries détruits en trois jours.

Deuxième partie : un tube de 100 milligrammes de bromure de radium, avec filtre de platine de 2 millimètres, aluminium et liège.

20 millicuries détruits en quarante-huit heures.

Au total : 37,9 millicuries détruits en deux applications.

L'amélioration est manifeste jusqu'en juin 1921. La fistule recto-vaginale laisse échapper les gaz, mais peu de matières solides. Les selles se régularisent par l'anus. Les sécrétions vaginales sont réduites au minimum. La malade a grossi de sept livres.

En juin 1921, des douleurs névralgiques très pénibles apparaissent, nécessitant l'emploi intermittent de la morphine.

Amaigrissement rapide de trois livres en trois semaines. Hémorragie importante.

Au toucher, le vagin est rétréci, on perçoit l'orifice de la fistule dans lequel le doigt pénètre. Toute la paroi recto-vaginale est dure, épaisse, immobile et douloureuse au contact. Il n'y a pas de bourgeons exubérants mais une surface dure et saignante. Le 18 juin 1921, application de 75 milligrammes de bromure de radium en quatre tubes. 15 millicuries détruits en vingt-quatre heures.

On note peu d'amélioration, mais l'hémorragie ne se reproduit plus.

En septembre 1921, la malade est *en pleine récurrence locale*. L'état général est très mauvais. Les douleurs sont atroces; la fistule ne donne plus de matières. La malade meurt en novembre 1921.

OBSERVATION IV

HARTMANN. (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1909, p. 1207.)

Cancer primitif de la paroi postérieure du vagin. Colpohystérectomie totale par l'incision para-vaginale.

M^{me} C., quarante-cinq ans, entrée à l'hôpital Bichat le 9 juin 1909. Le début de la maladie remonterait au mois de décembre 1908. A cette époque, la malade a commencé à avoir des pertes blanches et à éprouver des tiraillements dans la région lombaire droite avec irradiation dans le membre inférieur correspondant. Depuis le mois de mai 1909, elle constate que le liquide des injections vaginales revient souvent avec une teinte rosée qui disparaît à la suite de la substitution d'une canule molle à la canule rigide pour les injections. Il persiste néanmoins des écoulements qui tachent le linge. Amaigrissement notable.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une maladie de poitrine en 1871. Mère morte en 1876 à la suite d'une amputation de cuisse faite pour tumeur du fémur. Un frère mort à 27 ans de fièvre typhoïde. Cinq autres frères et sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — La malade a toujours joui d'une bonne santé. En 1891, elle a eu une grossesse à terme suivie d'éclampsie. Pas de fausse couche.

Toucher vaginal. — Col sain, mais presque immédiatement au-dessous de lui, s'étendant sur la moitié de la hauteur de la paroi postérieure du vagin, allant d'un côté à l'autre, débordant même à gauche la partie latérale du conduit, on trouve une vaste ulcération à fond inégal, à bords surélevés, non ulcérés sur leur versant externe, ulcérés sur leur versant interne.

Rien au toucher rectal.

Ni sucre, ni albumine.

L'opération est momentanément ajournée à cause de la présence d'une série de furoncles sur les fesses.

Opération le 6 juillet 1909. Incision circulaire à 1 centimètre de l'orifice vulvaire. Dissection du vagin en manchette sur une hauteur de 4 centimètres, puis suture des bords de la partie disséquée.

On débride ensuite la vulve obliquement en arrière et à gauche, prolongeant dans la profondeur l'incision jusqu'au niveau de la section circulaire du vagin. Ce débridement vulvaire se continue en arrière avec une incision antéro-postérieure qui traverse la fosse ischio-rectale et passe sur la partie latérale gauche de l'anus. Séparation du vagin et du rectum. Elle est facile sur la plus grande partie de son étendue. En un point cependant, on doit sectionner au bistouri des parties fibreuses intermédiaires à l'ulcération cancéreuse et au rectum.

Le rectum est récliné en arrière et à droite. On atteint ensuite le cul-de-sac péritonéal recto-utérin qu'on ouvre. Dissection de la vessie, avec ligature entre temps des vaisseaux qui, sur les parties latérales, abordent le vagin. Ouverture du cul-de-sac péritonéal préutérin, ligature de l'utérine gauche. On amène dans la plaie l'utérus et les annexes gauches. Ligature des utéro-ovariennes gauches. Après avoir attiré au dehors l'utérus et les annexes, on termine l'ablation par la section et la ligature des artères du côté droit, enlevant en bloc l'utérus, les annexes et le cancer vaginal en vase clos. Le péritoine rétro-vésical est suturé au péritoine prérectal.

Résultats immédiats. — Guérison.

Résultats éloignés. — Au 1^{er} décembre, aucun trouble ni rectal ni vésical. Rien au toucher rectal, ni au palper de l'abdomen.

Examen histologique. — Epithelioma pavimenteux à globes cornés.

OBSERVATION V

MM. MAZET et MARTIN. (*Journal de Chirurgie*, 1911, tome 44, page 511.)

Cancer primitif du vagin. Colpohystérectomie abdominale.

Jeune femme de trente-deux ans, atteinte d'un cancer diffus du vagin, dont le début remonte à un an. Par suite de l'absence d'adhérences rectales et urinaires, intervention. Elle fut faite en deux temps successifs sous la même anesthésie.

Premier temps : Dissection sur une petite hauteur de la vulve et du vagin sur tout le pourtour, puis fermeture de la cavité vaginale par un surjet en soie.

Deuxième temps : Hystérectomie totale abdominale à la façon de Wertheim avec ablation totale du vagin.

Il a été impossible de se rendre compte des résultats éloignés de cette intervention, la malade ayant été perdue de vue.

OBSERVATION VI

J.-L. FAURE. (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1912, page 1045.)

Cancer primitif du cul-de-sac vaginal gauche.

M^{me} X..., trente-et-un ans, présente une ulcération siégeant dans le cul-de-sac vaginal gauche. Une biopsie a d'abord été faite et n'a donné aucun résultat probant. Une seconde biopsie faite il y a quelque temps, malgré les difficultés de la prise d'un morceau suspect, a donné un résultat positif. L'ulcéra-

tion présentait d'ailleurs par sa dureté et son évolution générale tous les caractères d'un épithélioma.

Opération le 9 juillet 1912. Incision circulaire du vagin au-dessous du mal. Dissection d'une collerette vaginale. L'adhérence du cancer aux parties profondes rendant impossible toute extirpation par la seule voie périnéale, fermeture en bourse du vagin.

Deuxième temps : Suivant la technique générale de l'opération de Wertheim, hystérectomie.

On ne possède aucun renseignement ultérieur sur cette malade.

OBSERVATION VII

Service du Professeur LEGUEU (1897),
(en partie d'après TRAPENARD. Thèse de Paris, 1907.)

Cancer primitif de la paroi postérieure du vagin. Extirpation du vagin et de la paroi rectale correspondante. Guérison de vingt ans.

M^{me} X..., examinée en septembre 1897. Toute la paroi postérieure du vagin était envahie par une tumeur végétante et papillaire qui saignait au moindre contact et se prolongeait dans le cul-de-sac gauche sans envahir l'utérus.

Cette malade avait depuis le mois de mai des douleurs tellement vives qu'elle ne pouvait dormir ni jour ni nuit et qu'elle se fût suicidée, si elle n'avait été soulagée.

L'extension de la tumeur et ces très vives douleurs font hésiter pour l'opération.

Cependant, M. Legueu fendit la vulve par deux incisions, enleva tout le vagin avec la paroi du rectum correspondante, poursuivit dans la cavité pelvienne une grosse masse qui se prolongeait jusque du côté de l'épine sciatique et sutura ensuite le col abaissé à la vulve. C'était un épithélioma pavimenteux lobulé.

Cette malade revue en 1917 ou 1918 — *donc vingt ans après l'opération* — était toujours en bon état.

OBSERVATION VIII

Professeur FRITZ DE BEULE.

(*Bulletins de l'Académie de Médecine de Belgique*, 1910, p. 655.)

Cancer de la paroi postérieure du vagin bas situé. Extirpation totale du vagin en bloc avec toute la paroi rectale antérieure. Récidive rapide.

M^{me} X... présentait à la paroi postérieure du vagin, immédiatement au-dessus de l'anneau vulvaire, un épithélioma ulcéré de l'étendue d'une pièce de 2 francs. Paroi rectale en apparence indemne. Muqueuse souple, lisse et mobile sur la tumeur sous-jacente. Extirpation totale du vagin en bloc, avec toute la paroi rectale antérieure. Matrice conservée, abaissée et fixée au périnée. Guérison opératoire, mais récidive à bref délai dans le rectum. Plus tard, énormes métastases dans le foie.

OBSERVATION IX

Professeur FRITZ DE BEULE.

(*Bulletins de l'Académie de Médecine de Belgique*, 1910, p. 655.)

Cancer primitif de la paroi postérieure du vagin. Extirpation du vagin et du rectum. Guérison.

Il s'agit d'une vieille femme de 72 ans, très courageuse et fort bien conservée, présentant à la face postérieure du vagin, immédiatement au-dessus de l'anneau vulvaire, un ulcère cratériforme, grand comme une pièce de 5 francs, à pourtour largement induré. La malade se plaint d'hémorragies à répétition ayant débuté depuis près de trois mois. Symptômes d'irritation rectale. Paroi antérieure du rectum infiltrée, muqueuse moins souple et adhérente, ganglions dans les deux aînes.

L'opération a été décrite précédemment.

Cette malade a encore vécu *six ans* sans récidive locale et a succombé en 1914 à une affection des voies respiratoires.

OBSERVATION X

E. POSZONYI. (*La Gynécologie*, 1913, page 368.)

Cancer primitif de la paroi postérieure du vagin. Extirpation complète des organes génitaux et du rectum, par voie dorso-périnéale.

Il s'agit d'une femme de cinquante ans, encore réglée, mais ayant eu récemment une forte et subite métrorragie. Pas de douleurs mais amaigrissement rapide.

Toucher vaginal. — Au niveau des deux tiers supérieurs de la paroi vaginale postérieure, on trouve une masse inégale, de la dimension de deux pièces de 5 couronnes, saignant au moindre contact et respectant complètement le col utérin. Utérus sain en antéflexion. Annexes libres.

Toucher rectal. — Large infiltration de la cloison recto-vaginale, la muqueuse rectale paraît saine et mobile sur les plans profonds.

L'opération a eu lieu par voie dorso-périnéale.

Au bout de six mois la malade avait engraisé de 10 kilogs.

OBSERVATION XI

HIMMELFARB. (*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1907, p. 593.)

Cancer primitif de la paroi postérieure du vagin opéré par voie abdomino-périnéale. Guérison.

M^{me} G..., trente-quatre ans, entrée à l'hôpital le 9 novembre 1903. La malade a remarqué, il y a quatre mois, un écoulement sanguinolent vaginal qui est vite devenu très abondant. Ces derniers temps, l'écoulement est devenu fétide.

Antécédents personnels. — Réglée depuis dix sept ans, toutes les quatre semaines, durant six à sept jours. Règles très abondantes, sans douleurs. Mariée à dix-sept ans, elle a eu quatre enfants. En l'espace des cinq dernières années, elle a fait quatre fausses couches. Depuis quelques années, existence de pertes blanches.

Toucher vaginal. — L'entrée du vagin est béante à cause d'une ancienne déchirure du périnée et on en voit couler un liquide sanguinolent de mauvaise odeur. Au niveau du tiers supérieur des parois postérieure et latérale gauche se trouve un ulcère dur et bosselé, grand comme une pièce de 5 francs, avec des bords évasés, un fond nécrotique et saignant facilement. La portion intravaginale du col est un peu raccourcie. L'utérus a des dimensions normales; il est mobile. Le tissu cellulaire, le péritoine pelvien et les annexes ne présentent pas de lésions. L'examen combiné par le rectum et le vagin permet de sentir autour de la tumeur la cloison recto-vaginale infiltrée; en même temps, on constate que le néoplasme a envahi la paroi rectale jusqu'à la muqueuse qui est encore intacte sur la tumeur.

L'opération eut lieu le 17 novembre 1903, suivant la technique décrite précédemment. Elle a été bien supportée par la malade et la période post-opératoire s'est écoulée sans complication ni fièvre. Les premiers jours après l'intervention, on a été obligé de cathétériser la malade, ce qui a causé une légère *cystite* qui du reste a vite cédé au traitement habituel. La malade a quitté l'hôpital le 29 janvier 1904, complètement guérie.

L'examen microscopique a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux.

Trois ans plus tard, il n'y avait aucun signe de récurrence. La malade avait beaucoup repris et augmenté de 17 kilogs.

OBSERVATION XII

PHILIPOWICZ. (*Zentralblatt für Chirurgie*, t. I, n° 20,
19 mai 1923, pages 793-795.)

Cancer primitif de la paroi postérieure du vagin opéré par voie abdomino-sacrée. Extirpation en bloc de l'appareil génital et du rectum.

Femme de vingt-huit ans présentant sur la paroi postérieure du vagin une tumeur ulcérée de 5 centimètres de diamètre

faisant saillie dans le rectum, mais recouverte de ce côté par une muqueuse saine et mobile.

Opération en novembre 1921. Laparatomie médiane en position de Trendelenburg. Libération de l'utérus et du vagin avec les paramètres comme dans l'opération de Wertheim (le paramètre gauche était infiltré), puis libération du côlon pelvien sur une étendue de 15 centimètres. Présence d'une double chaîne de petits ganglions durs dans le méso-côlon. L'utérus et le côlon ainsi mobilisés sont refoulés dans le fond du bassin et au-dessus d'eux, les feuillets péritonéaux sont suturés de telle sorte que le fond du cul-de-sac de Douglas se trouve remonté d'environ 10 centimètres.

La malade étant ensuite couchée sur le côté, le coccyx est réséqué, le rectum mobilisé puis extirpé et avec lui l'utérus et le vagin qui lui adhèrent. Seule la paroi antérieure du vagin est conservée. Le bout central du rectum réséqué est enfin suturé au canal anal conservé intact avec son sphincter.

Malgré une cystite et une pyélonéphrite, la malade a bien guéri et elle reste en parfaite santé, sans trace de récurrence, dix-huit mois après l'opération.

OBSERVATION XIII

Due à l'obligeance de M. le Professeur J.-L. FAURE
et du Docteur DOUAY.

Cancer primitif de la paroi postérieure du vagin. Radiumthérapie. Echec. Extirpation du vagin et du rectum, hystérectomie par voie combinée abdomino-périnéale. Malade décédée à la fin de l'intervention.

Madame M..., infirmière, trente-neuf ans, deux enfants, entre à l'hôpital Broca le 24 novembre 1922 pour pertes continuelles d'un liquide séro-hématique malodorant, ayant débuté en juillet 1922. Elle a maigri de sept kilos depuis cette époque.

A l'examen, on trouve le vagin encombré par des bourgeons néoplasiques fermes, irréguliers, assez peu saignants, développés aux dépens de la paroi postérieure du vagin. Le doigt

les rencontre à quatre centimètres de l'orifice vulvaire ; il peut s'insinuer entre eux et la paroi antérieure et atteint avec peine le col utérin qui paraît intact. La masse bourgeonnante a environ 8 à 10 centimètres de long sur 4 à 5 de large.

Toucher rectal. — On perçoit toute la zone envahie qui repousse la paroi rectale, sans y adhérer intimement. On soulève facilement toute la masse qui paraît mobile.

Examen histologique. — Epithélioma pavimenteux spino-cellulaire.

Une première application de radium est faite le 1^{er} décembre 1922. Quatre appareils sont placés dans le vagin. Chacun a un filtre en platine de un millimètre, et comme filtre secondaire un papier d'aluminium et un filtre en caoutchouc de trois millimètres. 15 millicuries sont détruits en 48 heures.

Le 16 décembre 1922, seconde application. 10,7 millicuries détruits en 34 heures.

Amélioration très rapide; en un mois, les pertes ont disparu, la masse bourgeonnante a diminué des trois quarts ; le col est complètement dégagé et facilement visible au speculum. La paroi postérieure du vagin dans ses deux tiers inférieurs est libre, relativement souple, un peu froncée et blanche d'aspect. Au-dessus, on trouve encore un bourgeon dur blanc (radio nécrose), mais sans hémorragie au contact.

L'état général est très amélioré.

A la fin de janvier 1923, l'aspect est moins favorable; et le 7 février la reprise d'activité est certaine. La masse du tiers supérieur du vagin s'étend en largeur et gagne le cul-de-sac postérieur.

Le 7 février, une nouvelle application de radium est faite. Dose : 15 milligrammes de bromure de radium dans un gros filtre en platine de 1,5 millimètres d'épaisseur et des filtres secondaires.

Du 7 au 25 février, trois applications : 10,8 millicuries détruits en trois jours, 6 millicuries détruits en quatre jours, 4,5 millicuries détruits en trois jours.

Nouvelle application en avril : 3 millicuries détruits en 48 heures, trois fois de suite, avec quatre jours d'intervalle entre chaque application jusqu'au 2 mai.

L'amélioration observée est minime. L'ulcération cantonnée

maintenant au fond du vagin dans le cul-de-sac postérieur ne régresse plus. Au contraire, elle s'étend à la lèvre postérieure du col. Des douleurs apparaissent sous forme de crises violentes qui nécessitent l'emploi de la morphine. La malade maigrit. Sur sa demande, une opération est décidée.

Opération le 5 juin 1923. Anesthésie générale au mélange de Schleich.

1° *Temps abdominal.* — Hystérectomie subtotal. Ligature des artères hypogastriques. Dissection des uretères. Incision du péritoine latéro-rectal; ligature des hémorroïdales supérieures; et section au thermocautère du côlon pelvien entre deux ligatures à la soie; le bout inférieur est abandonné au fond du cul-de-sac de Douglas, après décollement aussi bas que possible du rectum en arrière et recouvert par un surjet péritonéal qui cloisonne le bassin, surjet assez difficile à exécuter par suite de la tension du péritoine. Le bout supérieur est fixé à l'angle supérieur de la plaie abdominale. Fermeture partielle de la paroi abdominale en trois plans avec petit Mikulicz à la partie inférieure.

2° *Temps périnéal.* — Fermeture de l'anus en bourse. Incision circulaire périanale avec section bilatérale vulvo-périnéale. On enlève ainsi en même temps l'anus, la moitié postérieure de la vulve, la paroi postérieure du vagin, ce qui reste de l'utérus, c'est-à-dire le col et le paramètre, tout le rectum et la partie sectionnée du côlon pelvien. La section des releveurs de l'anus et du tissu périrectal est très peu hémorragique, grâce à la ligature des hypogastriques; tamponnement avec quelques pinces à demeure.

Malheureusement l'anesthésie au mélange de Schleich a été poussée d'une façon excessive par un jeune anesthésiste. A partir du temps périnéal, on s'aperçoit de l'erreur et on supprime le masque. Cependant, l'état de shock persiste après trois quarts d'heure de respiration artificielle, la respiration ne reprend pas et la malade succombe.

OBSERVATION XIV

Due à l'obligeance de M. le Professeur BÉGOUIN.

Néoplasme de la paroi recto-vaginale. Amputation du rectum et du vagin. hystérectomie. (Voie abdomino-périnéale.)

Madame L..., quarante-quatre ans.

Malade ménopausée depuis 1914, qui a été soignée en 1916 pour cholécystite calculieuse avec ictère à la suite de laquelle ses forces ont commencé à décliner et des douleurs vagues dans la région lombaire sont apparues.

Fin avril 1922. Perte de sang de faible abondance, spontanée, durant deux jours et en même temps les anciennes douleurs lombaires changent de caractère, deviennent plus vives, s'irradient vers les plis inguinaux, la région hypogastrique, la face antérieure et externe des cuisses, surtout à droite. Pas de trouble de la miction, ni de la défécation.

Antécédents personnels. — En 1898, pyosalpinx et colpotomie après un accouchement normal. Guérison en six mois.

Toucher vaginal. — Au niveau de la paroi postéro-latérale droite, on sent une ulcération reposant sur une base indurée, formant une tumeur de 4 centimètres de long sur 3 de large et 1 d'épaisseur. Le col et le corps utérins sont à peine perçus.

Toucher rectal. — La masse fait saillie dans le rectum. La muqueuse glisse encore sur elle.

Il n'existe pas de ganglions inguinaux appréciables.

Les autres appareils sont normaux.

Opération le 14 juillet 1922, suivant la technique décrite plus haut.

La malade quitte l'hôpital, cinq mois après, le 7 décembre 1922, présentant quelques troubles urinaires.

Elle est revue le 6 février 1923. Son état général est bon, grâce à deux cuillerées d'huile d'olives, l'une le soir avant dîner, l'autre le matin ; l'évacuation des matières fécales dures se fait régulièrement pour toute la journée en une ou deux fois le matin, entre 8 et 10 heures.

Pollakiurie, brûlure à la miction qui est peu abondante.

Le 19 juin 1923, la malade est toujours bien portante. L'anus artificiel s'est un peu rétréci, d'où gêne pour aller à la selle et nécessité de laxatifs.

Le 27 novembre 1923, la malade a le teint légèrement jaunâtre. Cependant elle a engraisé. Elle présente de la difficulté pour uriner et se plaint de crises douloureuses assez violentes qui prennent naissance au niveau de la symphyse pubienne pour se terminer dans la fosse iliaque droite et la région sacrée. Ces crises surviennent très irrégulièrement, à plusieurs semaines d'intervalle et sans cause apparente. Elles durent un jour ou une demi-journée. Elles semblent dues à des coliques urétérales de l'uretère droit comprimé par du tissu cicatriciel ou peut-être par un noyau de récive.

CONCLUSIONS

I. L'épithélioma vaginal est particulièrement malin.

II. Les excrèses limitées n'ont donné que des résultats lamentables. Elles sont sans gravité mais sont suivies de récidives *précoces* et *constantes*.

III. L'intervention élargie abdomino-périnéale comprenant l'extirpation de l'arbre génital tout entier et du rectum semble le traitement de choix. Elle est plus traumatisante que les précédentes, a une mortalité opératoire élevée : 20 %, mais *seule* elle assure aux malheureuses atteintes de cette redoutable affection le maximum de chances de guérison.

IV. La curiethérapie n'a donné de succès durables que très exceptionnellement. A titre palliatif, elle mérite cependant d'être utilisée chez des malades trop faibles pour être traitées chirurgicalement.

Vu :

Le Doyen,

C. SIGALAS.

Vu, bon à imprimer :

Le Président,

Dr BEGOUIN.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 4 décembre 1923

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ARGAUD et PIOLLET. — Sur une forme particulière d'épithélioma primitif du vagin. *Journal de chirurgie*, 1911, t. 44, p. 271.
- BAILEY (H.) et BAGG (H.-F.) (New-York). — Cancers de la vulve et du vagin traités par l'émanation du radium avec et sans filtration. *Amer. Journ. of obstet. A. Gynecol.* n° 6, décembre 1921.
- BÉGOUIN. — Pathologie chirurgicale.
- BEULE (F. DE). — Considérations au sujet du cancer primitif du vagin et de son traitement. *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, 1910.
- BONNEFOUS. — Thèse de Paris, 1902.
- BOURGEOIS. — Thèse de Lyon, 1907.
- FAURE (J.-L.). — Cancer primitif de la partie supérieure du vagin. *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1912.
- FAURE (J.-L.) et SIREDEY. — Traité de gynécologie médico-chirurgicale.
- GIESECKE. — *Archiv für gynaekologie*, 1922, t. CXV.
- GOUDINE-LEVKOWITCH (A.). — Sur la question du cancer primitif du vagin. *Journal d'obstétrique et de gynécologie de St-Petersbourg*, 1911.
- HARTMANN. — Cancer primitif du vagin. *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1909.
- HIMMELFARB. — Traitement opératoire du cancer primitif du vagin. *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1907, p. 589.
- IMBERT ET PIERI. — Sur le traitement primitif du cancer du vagin. *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1905.
- KLEINHAUS. — *Monat f. Geb. und Gyn.* Bd. XIV, p. 182.
- KRÖNIG. — *Arch. für Gynaek.* 1901, Bd. LXIII, 1 et 2.
- LABADI-LAGRAVE et LEGUEU. — Traité de gynécologie.
- LE COZ. — Thèse de Montpellier, 1912.
- LEGUEU. — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 17 février 1907.

- MARTIN. — Traité clinique des maladies des femmes. Traduct. franç.
1889, p. 306.
- MAZET et MARTIN. — Cancer primitif du vagin. *Journal de chirurgie*,
1911, tome 44, p. 511.
- MEYER (VON). — *Beitrag fur klin chirurgie*, 1903, Bd. XXXIV.
- OLSHAUSEN. — *Centrat bl. für Gynaek.*, 1895.
- PRYOR. — *American Journal of obstetries*, 1900, vol. XLI.
- PAUCZ. — *Zentralbl. für Gynaek.*, 1912, n° 16, p. 508.
- PHILIPOWICZ. — *Zentralblatt für Chirurgie*, 19 mai 1923, p. 793.
- PICHEVIN et PETIT. — *Annales de gynécologie*, 1896, p. 458.
- POZZI. — Traité de gynécologie, t. II.
- POUEY. — Deux cas de cancer primitif du vagin traités par le radium.
La Gynécologie, novembre 1922, p. 672.
- ROUFFART. — Traitement du cancer primitif du vagin. *Bulletin de la
Société belge de gynécologie et d'obstétrique*, 1922, p. 34.
- RUBENS DUVAL et OPPERT. — De l'ulcération de la paroi antérieure du
rectum consécutives aux applications de radium faites dans le
cul-de-sac du vagin atteint par le cancer. *La Gynécologie*,
janvier 1922, p. 22.
- SIREDEY et GAGEY. — Curiethérapie dans le cancer du col et dans le
cancer de l'utérus. *La Gynécologie*, février 1922, p. 88.
- TOURNEUX. — L'Epithélioma primitif du vagin. *Le concours médical*,
1920, t. II.
- TRAPENARD. — Thèse de Paris, 1907.
- VIRENQUE. — Des tumeurs malignes du vagin. *Archives mensuelles
d'obstétrique et de gynécologie*, février 1913.
- ZWEIFEL. — *Arch. für gyn.* Bd. LXIII.

